

Evolución de la mortalidad evitable prevenible en la Comunitat Valenciana

Periodos 1990-1994 y 2011-2015

Inmaculada Melchor Alós, Pamela Pereyra-Zamora, Joaquín Moncho Vasallo, Nayara Tamayo Fonseca, Paloma Botella Rocamora y Andreu Nolasco Bonmatí

La mortalidad evitable prevenible es un buen indicador para medir los resultados de las políticas de salud en ámbitos geográficos a lo largo del tiempo e identificar zonas geográficas necesitadas de intervención.

La mortalidad evitable (ME) es un indicador que fue propuesto y utilizado desde principio de los años 70 para medir la calidad de los servicios sanitarios, y en particular, su efectividad.

En 1976, Rutstein *et al.*, en EE UU expusieron medir la calidad de la asistencia sanitaria, a través del conteo de “las enfermedades y discapacidades innecesarias” y las “muertes innecesariamente prematuras”, que denominaron “eventos centinelas de salud”. Su evitabilidad podía ser a través del tratamiento y/o prevención.

En 1988, Holland *et al.*, publicaron el primer *Atlas de Mortalidad Evitable en la Comunidad Europea*. Identificaron dos grupos de causas de ME:

1. Enfermedades fundamentalmente sensibles a prevención secundaria o tratamiento médico (tratables).
2. Enfermedades fundamentalmente sensibles a prevención primaria (prevenibles).

Proponiéndolos como indicadores para evaluar la asistencia médica (IAM) y las políticas nacionales de salud (IPNS) respectivamente.

En 2011, Plug *et al.*, en el entorno del proyecto europeo AMIEHS (Avoidable Mortality in the European Union: Towards better indicators for the Effectiveness of Health Systems), elaboraron una lista de 45 causas de ME tratables, utilizadas en la confección del 4º *Atlas de Mortalidad Evitable de la Comunidad Europea*.

En la Comunitat Valenciana (CV) en 1990 se publicó el primer *Atlas de Mortalidad Evitable de la CV*, donde se analizaron 16 causas tratables

propuestas por Holland en 1988, y los ámbitos geográficos a estudios fueron las áreas de salud de la CV del año 1986. A partir de 2008 se han realizado diferentes trabajos sobre la evolución temporal y distribución geográfica de la ME prevenible y tratable a nivel de CV, de departamentos de salud (DPs) y en las ciudades de Castellón, Valencia y Alicante. El objetivo de este trabajo es estudiar la ME prevenible en la CV y por DPs vigentes en 2015, en los periodos 1990-1994 y 2011-2015, y su evolución temporal.

Material y método

Se han analizado las defunciones en residentes en la CV en los periodos a estudio, codificando la causa básica de defunción con CIE-9 y CIE-10 para el primer y segundo periodo, respectivamente. Las causas de ME prevenible seleccionadas fueron las utilizadas en el marco del proyecto MEDEA¹ (tabla 1). Separando por sexo, para el conjunto de la CV y los DPs de 2015, se han calculado las tasas de mortalidad ajustadas por edad (método directo), con población estándar la propuesta por la EU en 2013, y las razones comparativas de mortalidad (RMC), y sus intervalos de confianza al 95 %, del periodo 2011-15 frente a 1990-94 tomando como referencia la población del primer periodo de cada ámbito geográfico y sexo. Las poblaciones utilizadas fueron las del censo de población y vivienda de 1991 y de los padrones municipales continuos de los años 2011 a 2015, proporcionadas por el Instituto Valenciano de Estadística.

Resultados

En el periodo 1990-94, el número total de defunciones en la CV fueron 167 963, de las cuales el 9,3 % (15 704) correspondieron a ME prevenibles, siendo el 81,7 % hombres y el 18,3 % a mujeres. En el periodo 2011-15, se produjeron un total de 209 481 defunciones, de estas el 6,2 % (12 907) fueron ME prevenibles, de las cuales el 78,9 % fueron hombres y el 21,1 % mujeres.

La primera causa de ME prevenible en ambos periodos a estudio en hombres fue el tumor maligno de tráquea bronquios y pulmón. En mujeres, la primera en 1990-94 fue la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y 2011-15 el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (tabla 1).

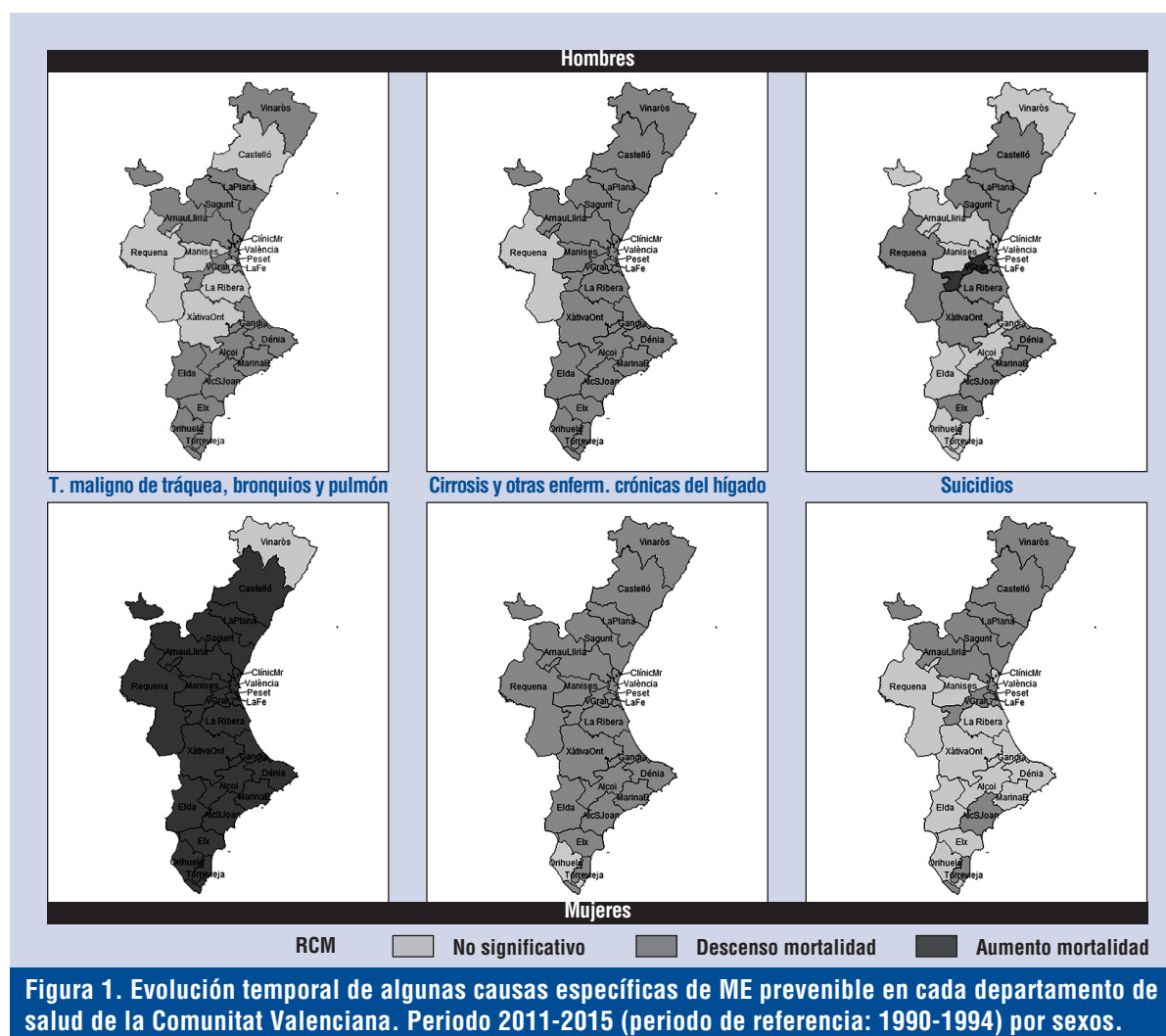
En 2011-15 en la CV para ambos sexos se observó un importante descenso de la mortalidad, estadísticamente significativo (p<0,05), respecto al periodo 1990-94 para el total de defunciones y para el conjunto de las ME prevenibles. Los hombres presentaron mayores descensos en el conjunto de ME prevenible que las mujeres (tabla 1).

Todas las causas específicas de la ME prevenible, en los hombres presentaron descensos de la mortalidad estadísticamente significativos (p<0,05) en 2011-15 respecto a1990-94. El sida, las lesiones por ATVM fueron las que mostraron descensos más acusados (RCM: 0,16 y 0,17). En las mujeres el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón presentó un aumento de la mortalidad muy fuerte en 2011-15 respecto a1990-94 (RCM:

Tabla 1. Número de defunciones, tasas de mortalidad ajustadas por edad por 10⁵ habitantes (TAE) para los periodos 1990-94 y 2011-2015 y razones comparativas de mortalidad (RCM) en la Comunitat Valenciana, por sexo

Causas de muerte		Periodo 1990-1994		Periodo 2011-2015		RCM
		Número	TAE	Número	TAE	
Total defunciones	H	88 861	1763,1	107 728	1104,3	0,50
	M	79 102	1136,7	101 753	708,6	0,47
Total defunciones evitables prevenibles	H	12 827	163,2	10 180	88,3	0,51
	M	2877	32,0	2727	21,7	0,64
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en < 75 años	H	5038	70,4	5986	53,8	0,77
	M	373	4,5	1479	12,1	2,70
Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado en <75 años	H	2341	31,4	1566	13,5	0,42
	M	922	11,0	438	3,6	0,32
Sida	H	1394	13,9	393	2,9	0,16
	M	366	3,4	103	0,8	0,18
Lesiones por ATVM	H	2771	30,4	727	5,9	0,17
	M	725	7,5	183	1,4	0,18
Suicidio	H	1124	15,3	1401	11,3	0,76
	M	446	5,2	454	3,4	0,66
Homicidio	H	159	1,8	107	0,8	0,45
	M	45	0,5	70	0,5	1,04 ^a

(a) RCM no estadísticamente significativa. El resto estadísticamente significativas con p<0,05



2,70) estadísticamente significativo $p < 0,05$, mientras que el resto de causas (excepto homicidios) mostraron descensos estadísticamente significativos ($p < 0,05$) (tabla 1).

En el análisis del total de la ME prevenible en cada DP, se observó que en todos en 2011-15 hubo un descenso de mortalidad estadísticamente significativo ($p < 0,05$) respecto a 1990-94 en ambos sexos.

En la mayoría de los DPs, en hombres, se apreció un descenso estadísticamente significativo ($p < 0,05$) de la mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en 2011-15 respecto a 1990-94. Por el contrario en las mujeres, todos los DPs mostraron un aumento de mortalidad estadísticamente significativo en el segundo periodo respecto al primero excepto en el DP del Hospital de Vinarós (figura 1).

La mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en ambos sexos en la mayoría de DP descendió en 2011-15 respecto a 1990-94, siendo estos descensos estadísticamente significativos ($p < 0,05$) (figura 1).

Todos los DP para ambos sexos, mostraron un descenso de mortalidad estadísticamente significativo ($p < 0,05$) por Sida y lesiones por ATVM en el segundo periodo respecto al primero.

El DP del Hospital General de Valencia en hombres fue el único que presentó un aumento de la mortalidad por suicidios estadísticamente significativo ($p < 0,05$) en 2011-15 respecto a 1990-94, aunque en la mayoría de DPs se observaron descensos estadísticamente significativos ($p < 0,05$). En mujeres también

en un gran número de DPs se apreciaron descensos estadísticamente significativos ($p < 0,05$) (figura 1).

Discusión

El total de la ME prevenible en la CV presentó un descenso en el periodo 2011-15 respecto al 1990-94 muy acusado y estadísticamente significativo. Este comportamiento también se observó en esta comunidad en 2000-04, aunque el descenso fue menor². En los hombres se observaron mayores descensos que en las mujeres. Esto podría explicarse por el hecho de que todas las causas seleccionadas como ME prevenible en hombres mostraron descensos estadísticamente significativos a nivel de CV, mientras que en las mujeres el comportamiento de estas fue desigual, pues la mortalidad por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón presentó en 2011-15 un importante aumento respecto al periodo 1990-94.

El sida y las lesiones por ATVM fueron las causas que mayores descensos de mortalidad en ambos sexos presentaron. La disminución mostrada en la primera podría vincularse con la aplicación de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia y a la precocidad del diagnóstico del VIH en los últimos años² y en la segunda con la consideración del gobierno español de la seguridad vial como prioridad política en 2004, la introducción de carnet por puntos en España el 1 de julio de 2006, la modificación del código penal en relación con la seguridad vial en 2007, la aprobación en 2008 del seguro obligatorio de responsabilidad civil, la reducción de la velocidad en las autovías y autopistas en 2011 y el aumento progresivo de radares y controles de alcohol y drogas a partir de este año entre otras³.

El descenso de mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, en hombres en el segundo periodo respecto al primero podría relacionarse con el descenso progresivo del consumo de tabaco por estos desde 1987 hasta la actualidad y el aumento en las mujeres por la incorporación tardía al consumo del mismo por estas a partir de 1990. Los de la cirrosis y otras enfermedades del hígado también podría explicarse por el descenso de la incidencia de la hepatitis en la CV y la reducción de la mortalidad por cirrosis de posthepática de origen viral debido a un efecto de la implantación de la CIE-10².

La mortalidad por suicidios presentó un descenso estadísticamente significativo entre el segundo y el primer periodo, en ambos sexos. En estudios anteriores en la CV se observó que a partir de 1992, las tasas de suicidios empezaron a descender coincidiendo en la implantación a finales de los 80 y principios de los 90 de las unidades de salud mental en esta Comunidad.

A las causas expuestas anteriormente con el fin de explicar en parte el comportamiento de la mortalidad en la CV en dos periodos de tiempo habría que añadir los diferentes planes de salud de la CV, los programas de prevención del sida, del tabaquismo, de las lesiones por accidentes de tráfico, del alcoholismo, de salud mental y del cáncer llevados a cabo por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública desde principios de los 90.

Conclusión

Hay que seguir incidiendo con los programas de prevención de las patologías expuestas en este trabajo en la población general y en los adultos jóvenes en particular, aunque estas presenten descensos de mortalidad muy importante en el periodo 2011-2015 respecto al periodo 1990-1994.

La ME prevenible es un buen indicador para medir los resultados de las políticas de salud en ámbitos geográficos a lo largo del tiempo e identificar zonas geográficas necesitadas de intervención.

Inmaculada Melchor Alós^{1,2}, Pamela Pereyra-Zamora², Joaquín Moncho Vassallo³, Nayara Tamayo Fonseca², Paloma Botella Rocamora³, Andreu Nolasco Bonmati²

¹Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

²Unidad mixta de investigación para el análisis de las desigualdades en salud y mortalidad. FISABIO-Universidad de Alicante.

³Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Referencias bibliográficas

1. Nolasco A, Moncho J, Quesada J, Melchor I, Pereyra-Zamora P, Tamayo-Fonseca N, Martínez-Beneito MA, Zurriaga O, et al. 2015. Trends in socioeconomic inequalities in preventable mortality in urban areas of 33 Spanish cities, 1996-2007 (MEDEA project). International Journal for Equity in Health 14:33. ISSN 1475-9276.
2. Melchor I, Nolasco A, García-Sencheres C, Pereyra-Zamora P, Pina JA, Moncho J, Martínez P, Valero S, Zurriaga O. 2008. La mortalidad evitable ¿Cambios en el nuevo siglo? Gac Sanit. 22(3):200-9.
3. Melchor I, Nolasco A, Moncho A, Quesada JA, pereyra-Zamora P, García Sencheres C, Tamayo-Fonseca N, Martínez-Andreu P, Valero S, Salinas M. 2015. Trends in mortality due to motor vehicle traffic accident injuries between 1987 and 2011 in a Spanish region (Comunitat Valenciana). Accid Anal Prev 77, 21-8.